Gallegos (M. F.)

PRUEBA ESCRITA

PRESENTADA

POR MANUEL F. GALLEGOS

EN EL CONCURSO

ABIERTO POR LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

PARA PROVEER DE PROFESOR ADJUNTO

Á LA

CÁTEDRA DE GINECOLOGÍA

MÉJICO
IMPRENTA DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS
Sepulcros de Santo Domingo número 10.

1895

PRUEBA ESCRITA

PRESENTADA

POR MANUEL F. GALLEGOS

EN EL CONCURSO

ABIERTO POR LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

PARA PROVEER DE PROFESOR ADJUNTO

Á LA

CÁTEDRA DE GINECOLOGÍA

MÉJICO

IMPRENTA DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Sepulcros de Santo Domingo número 10.

1895

A mis antiguos Compañeros de Estudios

EN LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

I

A principios del mes de Octubre de 1892 fuí consultado por la Sra. D. S. De 29 años de edad, casada, tuvo su primera menstruación á los 14 años, dolorosa, abundante y de ocho días de duración. Las menstruaciones siguientes fueron iguales á la primera, hasta la edad de 16 años en que se casó: después vinieron sin dolor, abundantes, durante cuatro días; hace un año que con mucha irregularidad sólo viene un escaso escurrimiento sanguíneo, durante un día. A los 17 años tuvo su primer parto, el cual determinó una desgarradura del perineo; y al volver, después del puerperio, á sus ocupaciones caseras, quedó con una sensación de peso en el bajo vientre, la cual fué en aumento paulatinamente hasta la fecha en que me consultó. Año por año, después del primer parto, siguió teniendo otros, hasta la edad de 21 años en que tuvo el último. Desde recién casada

viene padeciendo de flujo vaginal amarillo, y de dolores en el vientre durante la época de sus reglas; y cuando se dedica á ejercicios ó trabajos que requieren algún esfuerzo, experimenta dolores en el vientre, en la cintura y en la cara posterior de los muslos.

Por el examen de sus órganos sexuales encontré lo siguiente: la vulva muy amplia, entreabierta, dejaba asomar la pared anterior de la vagina formando un abultamiento como del tamaño de un limón. El perineo presentaba la cicatriz de una desgarradura de segundo grado y medía dos centímetros y medio de altura. La pared posterior de la vagina guardaba su posición normal. La vagina estaba bañada por un líquido muco-purulento. La matriz, en retroversión, ocupaba la excavación del sacro, estaba algo dolorosa y no podía movilizarse; la longitud de su cavidad medía siete centímetros; el cuello dejaba escapar una secreción muco-purulenta. En el fondo de Douglas había un exudado; y el ovario derecho, en prolapsus, estaba engrosado, duro, y no podía movilizarse. No había cistocele.

Diagnóstico.— Desgarradura perineal de segundo grado, colpocele anterior. Endometritis, perimetritis posterior, ovario-periovaritis derecha.

Apenas se había empezado el tratamiento,

cuando se presentaron en la enferma los síntomas y signos de una hepatitis aguda; y habiendo yo tenido que separarme de esta ciudad por aquel entonces, la enferma pasó á manos de otro facultativo. En Mayo del año pasado volví á verla, á solicitud del médico que estaba encargado de ella. Entonces supe que, habiendo terminado su hepatitis por supuración, el médico la había operado, abriendo y canalizando el absceso hepático; que éste había curado, pero que á poco tiempo volvieron los síntomas de la hepatitis supurada, hasta que por último se abrió paso la supuración por los bronquios. De entonces acá, la enferma es presa de una tos que, si le sirve para la expulsión del pus hepático, la molesta mucho por su intensidad y su frecuencia. Poco tiempo después de abierto el absceso hepático por los bronquios, empezó á sentir un estorbo en la vulva, el cual se acompañaba de una sensación de tirantez en el hipogastrio; hasta que, por último, notó que algún órgano interior salía por la vulva.

Examinando en esta vez á la enferma, encontré que la pared anterior de la vagina estaba en completo prolapsus, al grado de no existir ya el fondo de saco anterior; que había una cistocele; que existía el fondo de saco vaginal posterior, encontrándose á una altura de siete centímetros de la entrada vulvar; que la matriz,

cuyo fondo estaba á la altura en que antes la había observado, aún permanecía adherida al sacro, y que la longitud de su cavidad era de doce centímetros y medio; el hocico de tenca se notaba fácilmente en el abultamiento que, formado por el cuello uterino y la pared anterior de la vagina, sobresalía de la vulva. Existían, además, los otros padecimientos que al principio de esta observación dejo apuntados, y comprobé, por último, la existencia del absceso hepático abierto en los bronquios.

Dadas las relaciones que en esta vez afectaban las paredes anterior y posterior de la vagina con el útero, y dada la longitud de la cavidad de éste, deduje que, por entonces, y aumentando los antiguos padecimientos de sus órganos sexuales, había en la enferma un alargamiento de lo que Schroeder denominó porción media del cuello uterino.

Esta observación me sugiere algunas reflexiones que me voy á permitir exponer. En la enferma de que hablo, y por lo que á los padecimientos de sus órganos sexuales se refiere, podemos distinguir dos períodos: uno, anterior al alargamiento del cuello; y otro, durante el cual se ha venido efectuando éste. No podemos fijar con exactitud el tiempo en que concluyó el primero y empezó el segundo; pero sí debemos admitir que hasta el mes de Octubre

de 92, aún no se había iniciado el segundo, supuesta la longitud de la cavidad uterina que entonces se comprobó. Además, ya en Octubre de 92 había una procidencia de la pared anterior de la vagina, de manera que ésta fué anterior al principio del alargamiento del cuello uterino.

¿Qué causa determinó la procidencia de la pared anterior de la vagina? He dicho que en el primer parto sufrió la enferma una desgarradura del perineo, cuya cicatriz conserva, y á no dudarlo esta desgarradura originó en el trascurso del tiempo la procidencia mencionada. En efecto: recordemos que el piso pélvico, desde el punto de vista de su resistencia á la presión intra-abdominal, se divide en dos segmentos, á saber, el segmento púbico y el segmento sacro: el plano de demarcación entre ambos es el intermedio á las paredes anterior y posterior de la vagina, y constituye uno de los planos de rompimiento, de menor resistencia, en la masa del diafragma pélvico. La presión intra-abdominal, gravitando sobre el segmento púbico no produce igual efecto en todos los puntos de éste: en su parte superior tiende á aplicarle directamente sobre el pubis; en su parte media obra también aplicándole contra el pubis, pero haciéndole deslizar hacia abajo; y en su parte inferior, á determinar este últi-

mo efecto está dispuesta. Así, pues, la presión intra-abdominal haría que, á lo menos en parte, descendiese el segmento púbico, si no hubiera algo que lo impidiese: el segmento sacro está encargado de llenar esta función: á ello concurren su conformación, disposición y constitución anatómicas. El segmento sacro, por tanto, es normalmente el sostén del segmento púbico; si aquel por alguna causa se hace insuficiente, éste, bajo la influencia de la presión intra-abdominal, llegará á desalojarse, á descender; y si la presión intra-abdominal se exagera por alguna circunstancia, el descenso será aún más notable.

Aplicando lo anterior á nuestro caso, la desgarradura del perineo le hizo insuficiente para sostener el segmento púbico: así se explica el descenso de la pared anterior de la vagina. A mayor abundamiento, sobrevinieron en nuestra enferma esfuerzos repetidos de tos para expulsar por los bronquios el pus que en el hígado se había formado; tales esfuerzos, aumentando la presión intra-abdominal, hicieron que el descenso del segmento púbico, que á los principios comprobé se limitaba á la pared anterior de la vagina, se exagerase cada vez más, de tal modo que, pasando el tiempo, sobreviniese una cistocele y la extensión procidente de la vagina aumentase.

Dadas las inserciones naturales de la pared anterior de la vagina al cuello uterino; persistiendo la insuficiencia perineal, y continuando los accesos de tos, ¿qué consecuencias podría traer todo esto en la estática del útero? A no haber estado adherido el útero de nuestra enferma á la excavación del sacro por adherencias anormales, la pared vaginal anterior, impulsada por la prensa abdominal, habría jalado del cuello, y habría hecho ó no descender al útero; pero estando este órgano fijo, no habría podido descender. Por tanto, dicho órgano quedó, desde cierto momento patológico, bajo la influencia de dos fuerzas: una, la prensa abdominal que por el intermedio de la pared vaginal anterior, tendía á hacerle bajar; y otra, la resistencia de las adherencias anormales que, fijándole al sacro, se contraponía á la primera. Fácilmente se comprende que, bajo la influencia de estas fuerzas, el órgano debiese padecer: ¿repugnaría admitir que el modo con que hubiese de padecer fuese cediendo, alargándose más y más á medida que el tiempo transcurriría, hasta llegar á adquirir la longitud que el histerómetro reveló año y medio después de la primera observación? Por mi parte, no de otra manera me explico la genesis de esos fenómenos que en la historia transcrita han llamado mi atención.

Así pues, que el alargamiento del cuello uterino no fué la causa de la colpocele, es indudable, supuesta la secuela de estos fenómenos; que la desgarradura del perineo y la presión intra-abdominal causaron la colpocele, se deduce de lo que á este propósito dejo dicho; que la presión intra-abdominal, obrando sobre el cuello uterino por el intermedio de la columna anterior, originó el alargamiento de él, se colige de lo que con este motivo dejo asentado.



Mayo 16 de 1892.—V. U., de 24 años de edad, casada, lavandera. Menstruó por primera vez á los 15 años, durante tres días, sin dolor, en cantidad regular; sus menstruaciones siguientes han sido iguales á la primera, aunque de vez en cuando se acompañan de dolor de hijada. Ha tenido dos partos, el último hace tres años; en ninguno de ellos se dió cuenta, á lo que parece, de si hubo desgarradura del perineo. Ha padecido de dolor de vientre, flujo blanco, extreñimiento, envaramiento de vientre por las tardes, náuseas por las mañanas.

El examen de la enferma suministra estos datos: la vulva, cuyos labios están separados hacia el perineo, es amplia; la pared anterior de la vagina procide un poco, y el perineo, cuya al-

tura es de tres centímetros, lleva la cicatriz de una desgarradura de segundo grado. El útero, en retroversión resistente, tiene una cavidad de seis y medio centímetros de longitud; los ovarios, aumentados de volumen y dolorosos, están situados en el estrecho superior de la pelvis, cerca de la sínfisis sacro-iliaca, adherentes. Sale del orificio externo del cérvix una secreción muco-purulenta.

Diagnóstico.—Desgarradura perineal de segundo grado; colpolcele anterior. Endometritis, ovario-periovaritis doble, retroversión resistente del útero.

La enferma concurre con irregularidad á curarse á la consulta y al fin no se la vuelve á ver. En 23 de Noviembre de 94 vuelve quejándose de algo que, según su dicho, se le ha salido de la vulva. Examinándola se encuentra: Prolapsus de la pared anterior de la vagina; fondo de saco vaginal posterior á una altura de seis centímetros. El orificio de tenca es visible en la masa de tejidos que forman el cuello uterino y la pared anterior de la vagina. El cuerpo del útero y los ovarios en las condiciones arriba expresadas: la cavidad de aquel mide una altura de diez centímetros y medio. La enferma lleva, pues, un alargamiento de la porción media del cuello uterino.

En la historia de esta enferma que, como se

ve, tiene algunos puntos de semejanza con la de la anterior, noto lo siguiente: Antes de que se efectuase el alargamiento del cérvix, la procidencia de la pared vaginal anterior se había producido. La insuficiencia del perineo, por mecanismo idéntico al del caso anterior, causó la colpocele que en 92 se comprobó; la adherencia de los ovarios á la pelvis no sólo trajo como consecuencia la retroversión resistente del útero, sino que impidió el descenso de éste, cuando, por virtud de la presión intra-abdominal, la pared anterior de la vagina ejerció tracciones sobre el cuello uterino. El alargamiento de éste se explica por consideraciones análogas á las que en el caso anterior expuse.



Agosto 4 de 1891.—P. G., de 32 años de edad, soltera, sirviente. Primera regla á los 14 años, durante cuatro días, en cantidad regular; las siguientes, iguales á ésta. Un parto hace quince años; un aborto hace diez años.—Se queja de flujo amarillo y dolor en la cadera. El examen de la enferma muestra: una desgarradura del perineo de segundo grado, descenso de la pared anterior de la vagina. Sale del canal cervical una secreción transparente, vitrosa, muy adherente á la mucosa. El cuerpo del úte-

ro móvil, no doloroso, en su posición normal: su cavidad mide seis centímetros y medio de longitud. Nada notable en los anexos.

Diagnóstico.—Desgarradura perineal de segundo grado, colpocele anterior. Endocervicitis.—Se instituye el tratamiento de ésta, que cura á los tres meses.

El 10 de Julio de 94 se presenta la enferma quejándose de dolor de cintura, y de una sensación de cuerpo extraño en la vulva. Examinando á la enferma se encuentra: la antigua desgarradura del perineo; la pared anterior de la vagina en prolapsus completo; el fondo de saco posterior á seis centímetros de la entrada vulvar; el útero, en retroversión reductible, tiene una cavidad de doce centímetros de longitud; los anexos sanos.—Encontramos, pues, un alargamiento de la porción media del cérvix.

En este caso, como en los anteriores, la procidencia de la pared anterior de la vagina es anterior al alargamiento del cérvix. Que existiendo una insuficiencia perineal por desgarradura, cayese la pared anterior de la vagina cediendo al impulso de la prensa abdominal, se concibe muy bien; pero no habiendo adherencias anormales del útero ni de sus anexos que le retuviesen, cómo explicar el alargamiento del cérvix? Séame permitido, para contestar esta pregunta, entrar en ciertas consideraciones

relativas á las funciones de los órganos suspensores del útero.

No todos los autores están contestes sobre el papel que el perineo, la vagina, los ligamentos anchos, redondos y sacro-uterinos desempeñan con relación á la situación que normalmente guarda el útero: tal desacuerdo proviene, quizá, de que la atención de los observadores sólo se ha fijado en tal ó cual órgano de los que forman el aparato de suspensión y sustentación de la matriz, de preferencia á los otros. Entre los autores que de tal materia han escrito, paréceme que el Dr. Henry Savage ha contribuido notablemente á dilucidarla, en lo que se refiere á las funciones del aparato ligamentoso del útero. Sujetaba este observador el cuello uterino de una muerta con una pinza de Museux, y jalaba de él moderada y paulatinamente, al través de la vagina, procurando que el sentido de la tracción coincidiese, hasta donde posible fuera, con la dirección que afecta el útero en el primer período del prolapsus ordinario. Cesaba las tracciones tan luego como se presentaba una resistencia, invencible, á no ser rompiendo las adherencias naturales del órgano, y fijaba las pinzas. Observaba, haciendo un corte transversal del vientre de la muerta, los desalojamientos que habían sufrido la matriz y sus anexos y contiguos. Veía que el útero había descendi-

do, poco más ó menos, unos cuatro centímetros; que la vejiga estaba deprimida y rechazada por el útero hacia la pared de la pelvis; que los ligamentos sacro-uterinos habían perdido la forma semi-lunar de su borde interno, el cual se había rectificado; que dichos ligamentos se presentaban divergentes del útero, hacia la excavación del sacro, y tensos; que las arterias útero-ováricas sobresalían un poco en la superficie peritoneal, y que el mesenterio y su contenido, dirigidos hacia adelante, estaban un poco deprimidos. Cortando los ligamentos sacro-uterinos é imprimiendo tracciones á la pinza, el útero podía descender dos y medio centímetros aproximativamente. Con el objeto de averiguar la causa que en este momento de la investigación se oponía al descenso de la matriz, hacía un corte antero-posterior de la pelvis. Se encontraba entonces que los ligamentos anchos están atirantados, y los ovarios y las trompas conservaban sus relaciones normales con dichos ligamentos. La vejiga había seguido al útero en su descenso, en virtud de sus íntimas conexiones. El recto conservaba su posición normal. En cuanto al útero, se veía que, retenido por el ligamento ancho, solamente había salido en parte fuera de la vulva. Cortando el ligamento ancho, ó distendiéndolo á viva fuerza, si se imprimía una tracción á las pinzas se com-

pletaba el prolapsus del útero: los ligamentos redondos se ponían tensos en este momento.

Lo anterior demuestra cómo los ligamentos sacro-uterinos impiden el descenso del útero, el cual sólo se efectúa hasta cierto punto cuando aquellos han sido lesionados; cómo los ligamentos anchos impiden el prolapsus total, que se realiza cuando estos son insuficientes. Podrá tal vez objetarse que la experiencia anterior, practicada en una muerta, no prueba que lo mismo pase en la mujer viva; pero si en un cadáver en que los ligamentos han perdido su tonicidad fisiológica y sólo conservan su resistencia material, se observa lo que apuntado queda, ¿con cuánta mayor razón se verificará lo propio en mujer viva, en que los ligamentos están dotados de tonicidad? ¿y por qué un puerperio descuidado, en que la mujer deja el lecho antes de que el aparato de la generación haya verificado su involución completa, se señala como una de las causas de descenso uterino, sino porque, además del peso de la matriz, los ligamentos están laxos y no ejercen las funciones que, relativamente á la estática uterina, les están encomendadas?

Aplicando lo que acaba de leerse al último de los casos mencionados, puede asentarse que, verificado el prolapsus completo de la pared anterior de la vagina á causa de la insuficien-

cia perineal y de la presión intra-abdominal, al hacer tracciones del cuello uterino, la pared anterior de la vagina, los ligamentos útero-sacros, perfectamente íntegros en sus funciones y resistentes, impidieron el descenso del útero; que, por tanto, quedó este órgano en condiciones parecidas á las de los dos casos anteriores, es decir, sujeto á las tracciones hacia abajo que ejercía la pared anterior de la vagina, y á la resistencia que ofrecían los ligamentos útero-sacros: consecuencias de estas circunstancias fué el alargamiento del cérvix. Verificado éste, empiezan á ceder en nuestra enferma los ligamentos sacro-uterinos, como lo comprueba la retroversión en que se encuentra el útero.

II

Los tres casos clínicos que he transcrito, se caracterizan, como se ve, por insuficiencia perineal, colpo-cistocele, alargamiento del cérvix y retro-desviación uterina. No es raro ciertamente encontrar, en la práctica, hechos parecidos á estos, pues en las 870 enfermas de los órganos sexuales que en mis notas tengo registradas, los encuentro aproximativamente en la proporción de un 2 por 100. No transcribo todas

mis observaciones por ser, salvo en lo accidental, muy parecidas á las que dejo apuntadas. Pues bien, los autores comprenden los hechos clínicos así caracterizados, en el capítulo relativo á los prolapsus uterinos y calificados de tales. Quizá haya alguna inexactitud de lenguaje en darles tal calificativo: el verdadero prolapsus uterino se caracteriza por «el desalojamiento hacia abajo del tejido grasoso retro-púbico, de la vejiga y de la uretra, de la pared anterior de la vagina, del útero y la pared posterior de la vagina» (Hart y Barbour), y en las observaciones mencionadas notamos que, si el segmento púbico está desalojado de su posición normal, el útero propiamente hablando no ha descendido: el alargamiento del cuello, por más que simule un prolapsus uterino, no le constituye realmente. Por estas razones sería tal vez conveniente designar con Gusserow ese estado con la denominación de «prolapsus de la pared anterior de la vagina con alargamiento del cérvix.»

¿Qué relación podrá haber en el estado de que hablo y el verdadero prolapsus uterino? Figurémonos un caso parecido al de la tercera observación: si en él no se observa el prolapsus uterino, y sí el alargamiento del cuello, es porque los ligamentos sacro-uterinos han resistido á la tracción que sobre ellos ejerce la pared anterior de la vagina, por el intermedio del cuello,

el cual, menos resistente, ha cedido alargándose. Pero la resistencia de los ligamentos no es tal que deba persistir íntegra para siempre: bajo la influencia de las tracciones continuadas, ó con ocasión de algunas otras causas, no es difícil concebir que lleguen á ceder en el trascurso del tiempo: entonces sobrevendrán las consecuencias que se realizan en la experiencia de Savage, cuando después de hacer tracciones con pinzas del cuello hasta encontrar fuerte resistencia, se cortan los ligamentos sacro-uterinos, á saber, el prolapsus parcial del útero; en la evolución ulterior de los accidentes podrá ó no completarse el prolapsus.

Contra los que enseñan que siempre y por siempre es el prolapsus del útero la causa del alargamiento del cérvix, fundado en lo hasta aquí dicho, sostengo esta otra tesis: «el alargamiento de la porción media del cuello uterino, en el estado á que este trabajo se contrae, es independiente del prolapsus del útero, y constituye un fenómeno de desenvolvimiento, y no de desalojamiento.»

Es doctrina de Emmet, asentada ciertamente en bien seguida observación y en recto raciocinio, que las desviaciones uterinas dificultan la circulación de vuelta del útero, y como consecuencia traen, primero, el engurgitamiento del órgano, y después, la hiperplasia de su estroma.

Ulises Trélat, que admitía el alargamiento del cérvix como efecto del prolapsus del útero, enseñaba que en este estado venía la hiperplasia del tejido conectivo del órgano por el mecanismo que Emmet indica: tal hiperplasia sería la causa no sólo del alargamiento del cérvix, sino también de su hipertrofia que á las veces se observa. Esta manera de ver no destruye, en verdad, lo que dejo asentado; y sin negar que el desalojamiento del útero determine á la larga el engurgitamiento del órgano, éste no es el fenómeno primitivo en el estado á que me contraigo, y cuando en la secuela de los sucesos sobreviene el engurgitamiento, facilitará ciertamente el descenso del órgano, y contribuirá, si se quiere, á determinar la hipertrofia; pero nada de esto destruye, como dejo dicho, los fundamentos de mi proposición.

De lo anterior se colige la importancia que hay en remediar á tiempo la insuficiencia del perineo causada por sus desgarraduras; la perineorrafia sería, digámoslo así, profiláctica del prolapsus de la pared anterior de la vagina con elongación del cérvix y aun del prolapsus uterino.

III

En resumen:

1º El prolapsus de la pared anterior de la vagina con elongación de la porción media del cérvix, debe distinguirse del verdadero prolapsus uterino.

2º Dicho estado no es efecto del prolapsus del útero; reconoce por causa la insuficiencia del perineo y la acción de la prensa abdominal sobre el segmento púbico del diafragma pélvico.

3º Debe instituirse el tratamiento de la insuficiencia perineal antes de que tal estado se haya producido.

México, Marzo de 1895.